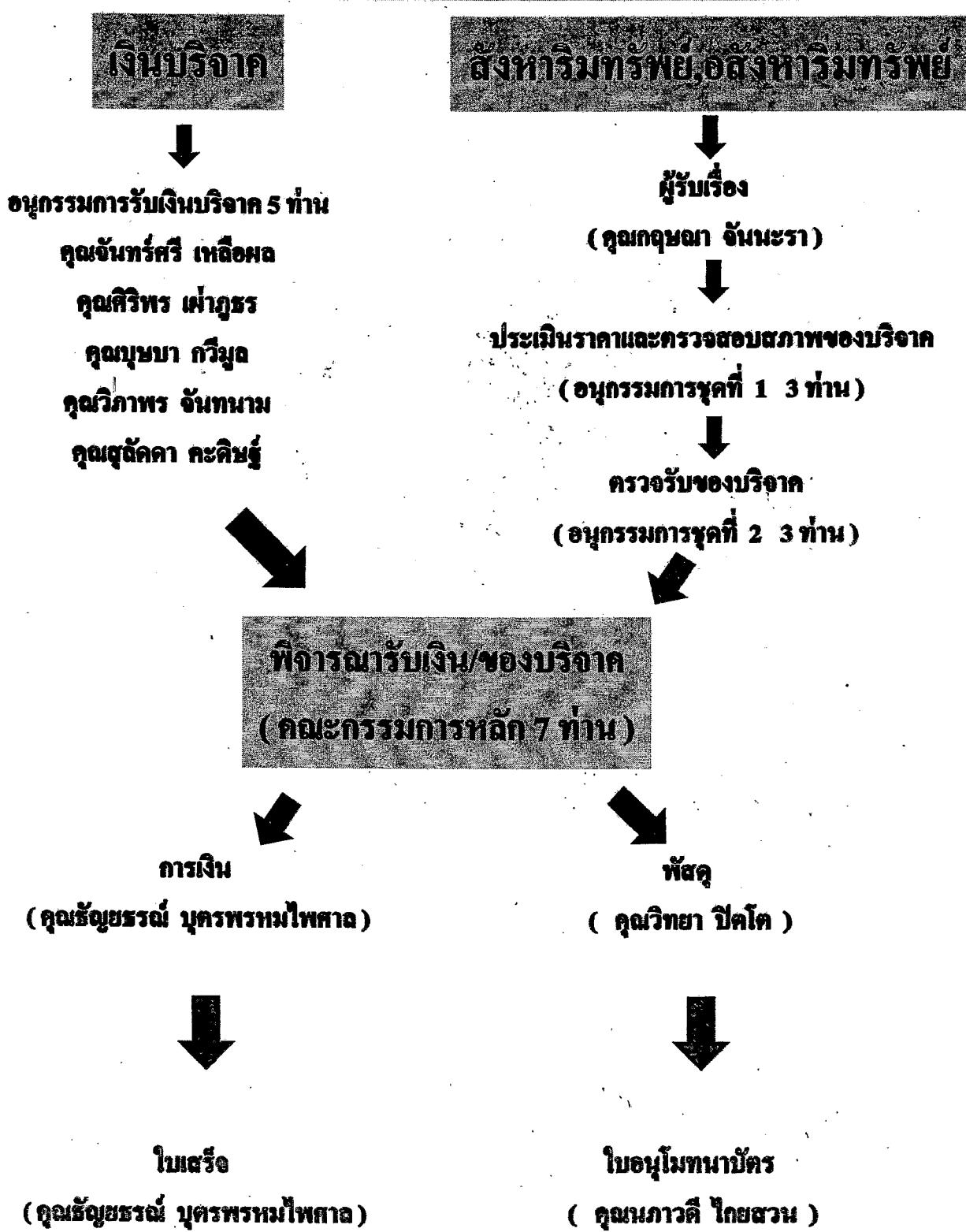


Flow Chart процесса приема пациентов



เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งความประสงค์บริจาค

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปีอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ประสงค์บริจาค

() เงิน จำนวน..... บาท (.....)

() สิ่งของ

() เป็นของใหม่ () เป็นของใช้แล้ว ระบุ.....

มูลค่าประมาณ..... บาท (.....)

เพื่อ.....

โดย () ขอออกใบอนุญาตนาบตรในนาม (ต้องเป็นบุคคลเดียวกับผู้บริจาค).....

ลงชื่อ..... ผู้บริจาค

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับบริจาค

(.....)

ลงชื่อ..... พยาบาล

(.....)

แบบแจ้งความประสงค์บริจาคเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ผ่านคณะกรรมการบริหารเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาค

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ อื่น ๆ (ระบุ).....

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะบริจาคเงิน จำนวน..... บาท (.....)

ให้โรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อ วัดถupaประสังค์ ดังนี้

- บริจาคเพื่อใช้จ่ายในราชการของโรงพยาบาล
 บริจาคเพื่อ(ระบุวัตถุประสงค์).....

ประเพณีการชำระบะเงิน

- เงินสด
 - โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “บัญชีเงินบริจาคมของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ” เลขที่บัญชี 411-3-33562-1 สาขาห้วยยอด
 - เช็คเงินสด สั่งจ่ายในนามของ “บัญชีเงินบริจาคมของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ”
 - บริจาดผ่านแอปพลิเคชัน/แอตโนมัติ

หมายเลขอ ๓ ตัวสดท้ายบันดาลยมือปืนหลังบัตรเครดิต

จำนวนเงินบริจาค บาท (.....)

ชื่อเจ้าของบัตร..... วันหมดอายุบัตร..... ลายมือชื่อผู้ถือบัตร.....

(กรณา Fax ใบ Pay-in พร้อมแบบแจ้งความประสงค์ มาที่ 0 4350 8155)

ลงชื่อ.....ผู้บริจาคม

ลงชื่อ.....คณฑ์กรรมการรับเงินบริจาค

(.....)

Digitized by srujanika@gmail.com

សង្គម គិតជាប្រព័ន្ធមួយ

ຄອນະກຽມກາຮັກແມ່ນເງິຈາກ

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : 1. โปรดเก็บรักษาใบเสร็จรับเงินเพื่อประกอบการยื่นลดหย่อนภาษีเงินได้ฯ ประจำปี
2. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานการเงินและบัญชี โทรศัพท์ 0 4350 8151 ต่อ 102